



# Office of Addiction Services and Supports

취소 날짜: \_\_\_\_\_ 직원 이니셜: \_\_\_\_\_

## 문제성 도박 환자에 관한 정보 공개 동의서 LOCADTR 평가

환자의 성	이름	중간 이름
사례 번호:		
시설	유닛	

**지침:** 본 양식 사본을 환자에게 주세요! 환자의 사례를 기록하기 위해 사본 1부를 준비하세요. 정보 요청과 함께 이 양식을 다른 기관에 보내려면 환자의 사례 기록을 위해 추가 사본을 준비하세요.

### 개인 신원 정보 공개 및 취득에 대한 환자의 동의

#### 공개 또는 취득될 정보의 범위 또는 성격:

문제성 도박 치료 의뢰 "LOCADTR" 평가를 위한 개별적 치료 수준을 마치는 데 필요한 모든 정보.

#### 발표/공개에 대한 목적 또는 성격 및 개인 신원 정보를 공개하고 취득하는 조직의 이름:

본인은 뉴욕주 중독 서비스 및 지원국(New York State Office of Addiction Services and Supports, OASAS), 위에 명시된 OASAS 인증 치료 시설 및 본인의 임상 치료를 위한 \_\_\_\_\_ 지불인/Managed Care 플랜 간에 OASAS 도박 데이터 시스템(GDS)의 정보와 본인의 사회보장번호를 포함한 기밀정보를 공개하는 것에 동의합니다.

다른 기관, 프로그램 또는 지불인과 해당 정보를 공유할 수 있다는 서면 허가를 준 경우를 제외하고, 본인은 OASAS 치료 시설 및 위에 명시된 지불인/플랜 간에만 치료 수준 결정 평가를 공유할 수 있음을 잘 알고 있습니다.

본인은 또한 LOCADTR 평가 도구의 효과를 평가하기 위해 비개인적 신원 정보가 평가될 수 있음을 알고 있습니다.

서명자인 본인은 위 내용을 읽었으며 뉴욕주 중독 서비스 및 지원국(New York State Office of Addiction Services and Supports)과 위에 언급된 OASAS 인증 치료 시설의 직원이 여기에 명시된 정보를 공개하고 취득하는 것을 허용합니다.

본인은 동의서에 의거하여 조치가 취해진 범위를 제외하고 언제든지 서면으로 동의를 취소할 수 있음을 알고 있습니다. 아래에 기간, 사건 또는 조건이 달리 명시되어 적용되는 경우를 제외하고, 본 동의서는 서명일로부터 6개월 내에 만료됩니다. 본인은 또한 모든 신원 정보 공개는 뉴욕주 법과 1996년 건강보험 이전과 책임에 관한 법(Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) 45 C.F.R. § § 160 및 164의 적용을 받는다는 것을 알고 있습니다.

본인은 일반적으로 본인의 동의서 서명 여부에 상관없이 프로그램에서 제공하는 치료를 조건 없이 받을 수 있으나 제한적인 특정 상황의 경우에 동의서에 서명하지 않으면 치료가 거부될 수 있음을 알고 있습니다. 본인은 본 양식의 사본을 받았습니다.

(환자 서명)

(부모/보호자 서명)

(환자 이름 기재)

(부모/보호자 이름 기재)

(날짜)

(날짜)